FIOCRUZ

PROPOSTA
Jornal da Reforma Sanitária

22

radis
REUNIÃO, ANÁLISE E DIFUSÃO DE INFORMAÇÃO SOBRE SAÚDE

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ — MANGUINHOS

MARÇO DE 1990

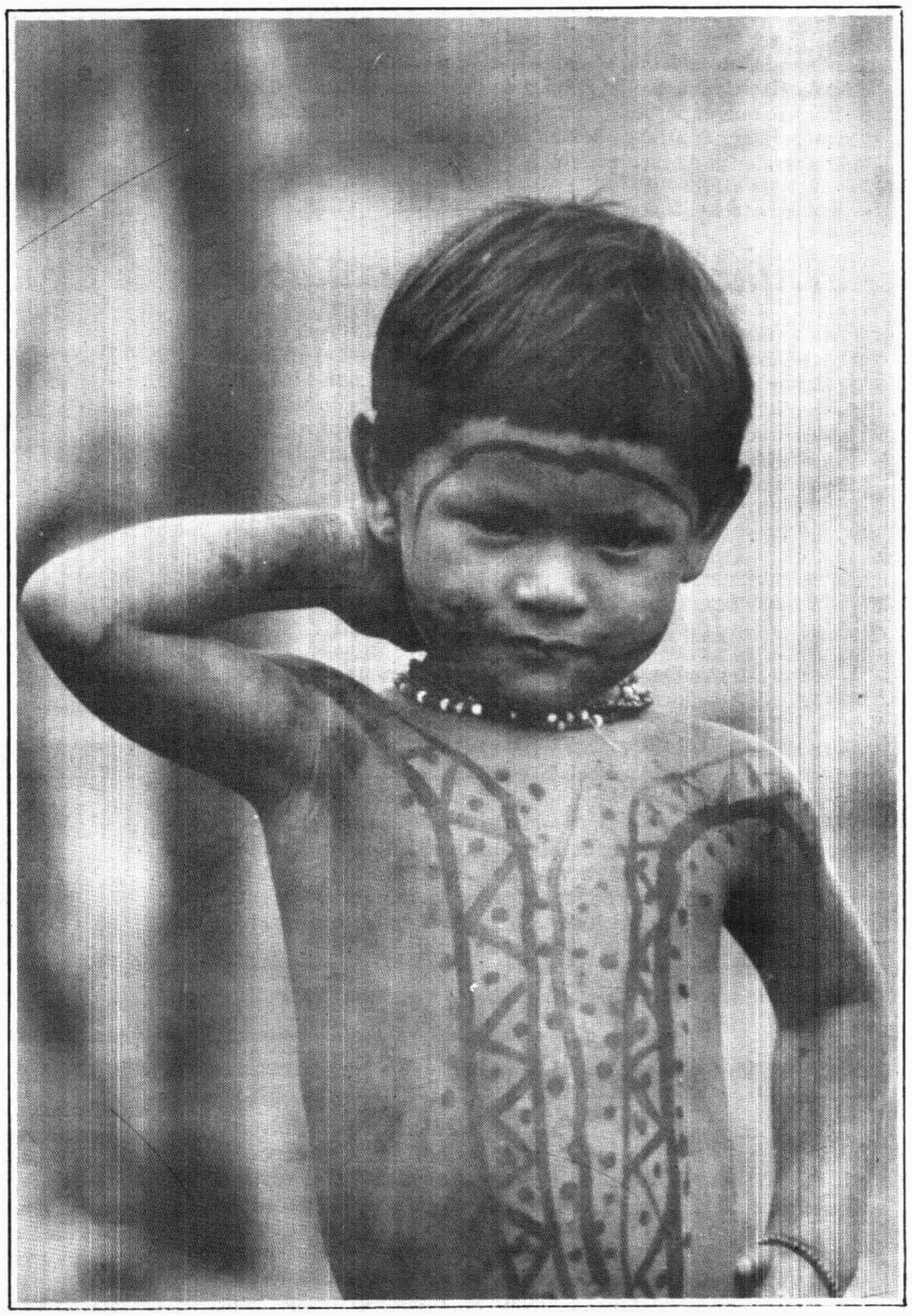
MORTE ANUNCIADA

GARIMPO ESTÁ EXTERMINANDO A POPULAÇÃO IANOMAMI

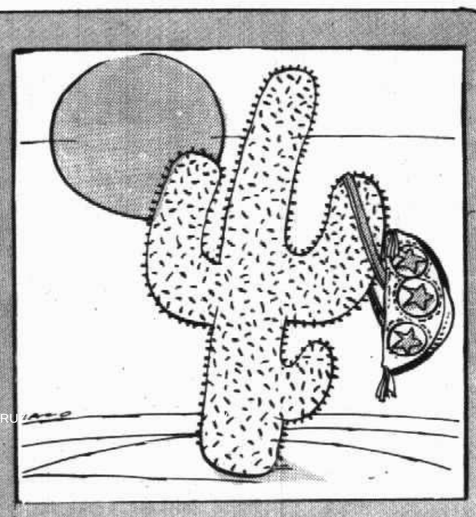
A instalação de garimpos dentro das reservas das tribos Ianomamis causou, nos últimos dois anos e meio, a morte de aproximadamente 15% da população indígena e já infectou 80% dela com doenças que inexistiam até a chegada dos garimpeiros, como a malária e o sarampo. Enquanto a destruição dos rios pelo mercúrio utilizado na garimpagem afasta a pesca, o barulho das moto-serras e aviões assusta a caça e sem os alimentos provenientes da natureza, a desnutrição passou a fazer parte do rol de doenças que está transformando o contato do chamado "homem civilizado" com as populações indígenas num verdadeiro genocídio.

O RADIS ouviu Ulysses Confalonieri, professor titular de Ciências Biológicas da Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz, que prestou assistência direta aos Ianomamis em Roraima juntamente com técnicos da Sucam e da Funai que contaram com a ajuda da FAB. Ele denunciou que só no ano passado a malária matou cerca de 400 Ianomamis e citou exemplos como o de uma aldeia de 37 índios onde 28 estavam com malária e outra que tinha 50 índios entre homens, mulheres e crianças e que ficou reduzida a apenas 11 já idosos e uma criança, fato que compromete definitivamente a procriação e o futuro daquele grupo. Confalonieri resumiu numa frase sua experiência em Roraima: "O quadro é dramático".

(Página 3)



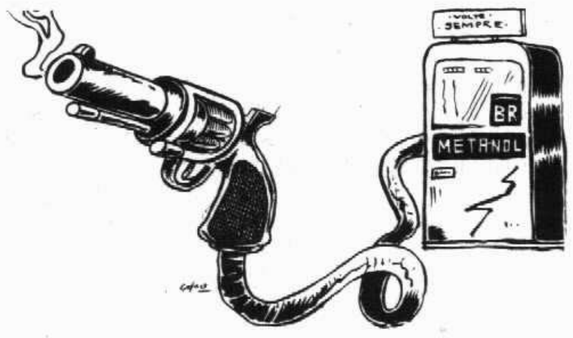
Técnicos formam uma rede para agilizar a municipalização no nordeste



(Págs. 6 e 7)

METANOL

Decreto mantém a exportação de açúcar e favorece os usineiros



E MAIS:

Hésio Cordeiro responde às críticas feitas ao Suds

(Págs. 4 e 5) *(Pág. 8)*

CARTAS

Trabalho de alto nível

Venho recebendo regularmente as publicações editadas pelo RADIS e gostaria de expressar meu agradecimento e o reconhecimento do alto nível do trabalho que vem sendo realizado pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz.

Por não querer perder o contato e para não deixar de receber o "conhecimento" através dessas publicações, gostaria de informar a mudança de meu endereço.

Sandra Maciel — São Paulo (SP)

Informações sérias e atuais

Ao tomar conhecimento do "PROPOSTA — Jornal da Reforma Sanitária", editado pelo RADIS, ocorreu-me o interesse de acatar as informações nele contidas, uma vez que elas, pelo que pude constatar, tratam de temas atuais, provêm de fontes sérias e são de grande interesse para mim, que na condição de aluno de medicina da Universidade Federal de Sergipe, esses assuntos que vêm abordados no jornal irão ser úteis na minha formação acadêmica.

Orlando Ferreira Alves — Aracaju (SE)

RADIS na Pastoral

Venho esternar-lhes meu interesse em receber as publicações PROPOSTA — Jornal da Reforma Sanitária, SÚMULA, DADOS e TEMA para meu uso e de minha equipe diocesana da Pastoral da Súde.

Sou sanitarista formado pela Escola de Saúde de Minas Gerais e trabalho na Diretoria Regional de Saúde de Varginha, tendo coordenado desde 1984 a implantação das Ações Integradas de Saúde (AIS) e atualmente do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds). Nas horas vagas, coordeno as equipes paróquiais da Pastoral da Saúde, através da Equipe Diocesana. Suas publicações vão me ajudar a fazer um trabalho sempre atual com relação às propostas para o setor saúde.

Professor João Augusto de Carvalho — Varginha (MG)

É preciso mudar!

Como estudante do curso de Medicina da Universidade Federal de Pernambuco, 7.º período, desejo receber o "PROPOSTA — Jornal da Reforma Sanitária" e as revistas SÚMULA, TEMA e DADOS. importantes meios para uma compreensão mais ampla do setor saúde no País e para se chegar a uma percepção estrutural da nossa sociedade. E assim encarar a ansiedade que reina no nosso íntimo, fortificando as contradições e possibilitando as mudanças. É preciso mudar. Sempre!

Marcelo Wanderley Bouwman — Recife (PE)

PROPOSTA
Jornal da Reforma Sanitária

Este jornal é editado pelo RADIS — Reunião, Análise e Difusão de Informação sobre Saúde —, programa desenvolvido pela **Escola Nacional de Saúde Pública** da **Fundação Oswaldo Cruz**, com a colaboração do **Inamps.**

Coordenador do Programa RADIS: Ary Carvalho de Miranda; **Editor Responsável:** Álvaro Nascimento; **Reportagem e Redação:** Álvaro Nascimento, Rogério Lannes Rocha e Jane Paiva; **Ilustrações:** Carlos Xavier (Caco); **Administração:** Jandira Vilhena; **Banco de Dados:** Luiz Fernando Oliveira; **Aux. Adm.:** Marisa Aguiar e Marcos Antônio Aguiar; **Diagramação:** Janio Costa.

Tiragem: 40 mil exemplares; Distribuição: Direta, via Correio; Composição e fotolito: W.J. Fotocomposição, tel: 273-5115; Impressão: Jornal dos Sports S.A. (Rua Tenente Possolo, 15/25 — Rio de Janeiro).

Programa RADIS: Av. Brasil, 4036 — salas 509/510/511/513/515 CEP.: 21.040 — Manguinhos — Rio de Janeiro — Brasil — Tel.: (021) 260-7979 — Telex: FUOC 021-23239.

CACO

A Posse

DOSE DUPLA

Agências traçam novas prioridades para financiar o setor saúde

Revisar as prioridades para o financiamento em saúde aos países em desenvolvimento hoje concedido pelas principais agências financeiras internacionais é o objetivo primordial da **Commission on Health Research for Development** que está realizando um levantamento em cada um destes países para traçar uma nova política de investimentos no setor saúde.

Responsável pela apresentação das principais conclusões e recomendações dos documentos sobre o financiamento em saúde no Brasil elaborado em reunião patrocinada pela Fiocruz, Organização Panamericana de Saúde e pela própria **Commission on Health Research for Development,** a Professora Cristina de Albuquerque Possas, do Núcleo de Estudos em Ciência e Tecnologia da Fiocruz, esteve em Puebla, no México, participando de um encontro internacional que debateu o assunto, quando foi convidada pela referida Comissão para proferir palestra durante a 15.ª Conferência Nobel em Fisiologia ou Medicina realizada em Estocolmo, na Suécia, sobre o tema "A Pesquisa em Saúde nos Países em Desenvolvimento".

Devido à importância do tema e as conseqüências que o trabalho da comissão certamente trará ao financiamento do setor saúde no Brasil, Cristina Possas pretende reunir outros profissionais do setor para avaliar os resultados dos dois eventos internacionais de que participou, com vistas a democratizar a discussão que se trava a nível internacional e buscar interferir na política que estas agências de financiamento passarão a ter em relação ao Brasil, com o objetivo de fortalecer a pesquisa em saúde em nosso País.

Advertência

Comentário do Diretor de Planejamento da Secretaria de Saúde de Pernambuco, José Luis Araújo, sobre a criação de uma Escola Regional de Saúde Pública em Recife:

— Temos uma boa relação de cooperação com o atual Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e sua transformação futura em Escola poderá beneficiar a região. Só espero que ela não se torne outra academia, com aparato teórico próprio deslocado da realidade, mas que continue sendo um elo entre a Universidade e o sistema de saúde, como tem sido o NESC.

A morte bate seus tambores

Um verdadeiro genocídio está sendo praticado contra os Ianomamis, vítimas da malária, da desnutrição, do sarampo e outras doenças que não existiam antes do garimpo.

Foto Genilton Vieira/Fiocruz

— Enquanto não se retirar o garimpo do território ianomami não haverá possibilidade de controle da epidemia de malária, que já infectou, em algumas regiões, 80% dos índios e causou a morte de aproximadamente 15% da população indígena nos últimos dois anos e meio, com a chegada dos garimpeiros.

A afirmação é do coordenador do Centro de Estudos da Saúde das Populações Indígenas (Cespi), da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Ulysses Confalonieri, professor titular de ciências biológicas da Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp).

Confalonieri esteve na reserva dos índios ianomamis, na região de Roraima, tendo a oportunidade de constatar "o verdadeiro genocídio que está sendo praticado contra a população indígena, vítima de uma epidemia resistente de malária, da desnutrição, do sarampo e de outras doenças que não existiam antes do garimpo."

Juntamente com técnicos de outros órgãos do Ministério da Saúde, como a Sucam (Superintendência de Campanhas), e da Fundação Nacional do Índio (Funai), o coordenador do Cespi/Fiocruz vem participando do atendimento emergencial que está sendo dado aos índios ianomami, objetivando conter uma epidemia de malária que, somente no ano passado, matou cerca de 400 indígenas, segundo estimativas da própria Funai.

No Brasil vivem cerca de oito mil ianomamis, calculando-se que seis mil estejam em Roraima e perto de dois mil no Estado do Amazonas. Prevê-se que existam outros oito mil na Venezuela. O aumento da malária e de outras doenças em áreas indígenas, principalmente nas reservas ianomamis, é resultado da invasão dos garimpeiros — cerca de 50 mil — na corrida do ouro que começou em 1987.

O atendimento emergencial, em três etapas de 15 dias cada uma, começou a ser realizado em uma base instalada em Surucucus, na região de Paapiú, no noroeste de Roraima, sendo as equipes médicas transportadas em helicópteros da FAB (Força Aérea Brasileira). Alguns doentes que precisam de internação são levados à Casa do Índio, em Boa Vista, Capital do Estado, enquanto outros permanecem na Unidade de Saúde de Surucucus.

Ulysses Confalonieri afirma não existir ainda uma avaliação mais geral da situação, "pois só os casos mais emergenciais estão sendo atendidos. Mas está claro que a situação é grave e exige medidas rigorosas e imediatas".

Integrante de um grupo composto por representantes do Ministério da Saúde e da Funai — destinado a definir um programa permanente de saúde para as populações indígenas —, o pesquisador e professor da Ensp acentua que o tratamento da malária (transmitida pelo mosquito Anopheles) é prolongado e não pode ser interrompido, citando que a dose única do remédio **Mefloquina** cura a pessoa infectada, mas não impede que ela permaneça como transmissora da doença, enquanto os medicamentos Cloroquina e Primaquina — habituais no tratamento — requerem o uso no mínimo de três e 14 dias, respectivamente. "Além disso, em função de outras moléstias, o tratamento vem requerendo a utilização de outros remédios simultaneamente, o que nem sempre é possível, por uma série de fatores, que vão desde o comportamento do índio, muitas vezes arredio ao tratamento, às condições ambientais e à própria política governamental.

— A verdade é que, enquanto não tirar o garimpo da região não pode haver controle da epidemia de malária ou das outras doenças que infectam os ianomamis. Descumprindo decisão judicial, que determinou, desde outubro de 89, a retirada dos garimpeiros dos 9,4 milhões de hectares ocupados pelos ianomamis, a questão vem se arrastando em meio a uma série de controvérsias, até que o Governo Sarney demarcou o garimpo dentro do território indígena, sob a falsa justificativa "sanitária" de que os garimpeiros estão com **oncocercose** (uma doença transmitida por verme que ataca a pele e os olhos, podendo provocar cegueira), e haveria necessidade de conter a doença para não propagá-la para outras regiões. Ora, esse controle deveria ter sido feito antes, inclusive para impedir a epidemia de malária entre os índios. Tudo isso é hipocrisia, porque há garimpo em outras regiões insalubres da Amazônia, sem nenhum controle o que, obviamente, considera-mos um absurdo — disse Ulysses Confalonieri.

O coordenador do Cespi também esteve na reserva Suruí, na divisa do Mato Grosso com Rondônia, acompanhando o trabalho que está sendo desenvolvido pelos professores Bodo Wanke, diretor do Hospital Evandro Chagas (da Fiocruz) e Carlos Coimbra, antropólogo do Núcleo de Doenças Endêmicas da Ensp. Os pesquisadores estão fazendo um inquérito sorológico entre os índios, que estão sendo atingidos por uma nova doença Paracocciodioidimicose, que produz sintomas semelhantes à tuberculose.

"O quadro é dramático"

Ulysses Confaloniere esteve tanto nas áreas periféricas ao garimpo, quanto nas regiões mais altas e de difícil acesso da Serra dos Surucucus e ficou impressionado com o clima de desolação, encontrando locais que mais pareciam ter passado por um bombardeio. Citando alguns exemplos, disse que em uma aldeia de 37 pessoas, 28 estavam com malária. Em outra, que tinha antes 50 índios (entre homens, mulheres e crianças), só sobraram 11 índios já idosos e uma menina de 11 anos. Os demais morreram, vítimas de malária. A mortalidade infantil também é altíssima e em várias aldeias não há uma única criança com menos de um ano de idade.

Ao relatar esta situação, o pesquisador aponta o problema da desagregação cultural e social, que pode resultar deste processo de verdadeiro extermínio dos indígenas, colocando em risco a própria reprodução e sobrevivência da população ianomami.

Segundo seu relato, a desnutrição é outro dos grandes males, e novamente a atividade dos garimpeiros é um dos principais fatores que motivam o grave problema. A ação do garimpo turva a água dos rios, afastando a pesca, principalmente a **pupunha** (habitualmente muito consumida pelos ianomamis). O barulho das serras e dos aviões assustam a caça. A fraqueza própria da doença impede não só que os índios busquem alimentos — principalmente mandioca e banana — como faz com que eles também percam a época do plantio. "O quadro, é dramático", conclui o coordenador do Centro de Estudos de Saúde das Populações Indígenas da Fiocruz.

Decreto libera metanol, não suspende a exportação de açúcar e favorece usineiros

Engenheiros, químicos, pesquisadores, frentistas, caminhoneiros, ecologistas e outros profissionais ligados à área de combustíveis, à saúde do trabalhador e ao meio ambiente estão propondo a intensificação do debate sobre a utilização da mistura combustível metanol, etanol e gasolina, que já começou a ser utilizada em São Paulo, em caráter experimental, a pretexto de minimizar a crise de desabastecimento do álcool. Consideram que as discussões, além de urgentes, devem abranger o maior número possível de entidades sindicais e populares, bem como instituições ligadas aos setores, para conferir à campanha o caráter de um movimento amplo e mobilizador.

O objetivo, segundo Diomedes Cesário da Silva, presidente da Associação dos Engenheiros da Petrobrás — uma das lideranças empenhadas na intensificação do movimento — é impedir que a mistura duvidosa — que não foi testada em lugar nenhum do mundo e é composto por substâncias tóxicas, entre elas o venenoso metanol — continue sendo usada sem o controle devido, por tempo indeterminado e que sua distribuição se espalhe para outras regiões do país. Oficialmente, só nos Estados do Rio de Janeiro e Espírito Santo, por decisão judicial, o metanol está proibido.

— Os órgãos governamentais romperam o acordo que resultou na liberação da mistura, após o uso experimental em áreas restritas e controladas, por uns 15 dias. Logo após o acordo, o Instituto do Açúcar e do Álcool (IAA) declarou sua discordância de suspender a exportação do açúcar. Ou seja, o Governo Sarney não assegurou a safra da cana-de-açúcar para produzir álcool, nem suspendeu a exportação de açúcar enquanto perdurasse a crise de desabastecimento do combustível. Ganharam novamente os usineiros, que se mantêm no competitivo mercado internacional do açúcar, enquanto a população é submetida a riscos desconhecidos — acentua Diomedes Cesário.

A preocupação mais imediata destes setores comprometidos com a saúde e o meio ambiente, entretanto, é conseguir que a mistura combustível com metanol deixe de ser utilizada antes do início do inverno. Conforme explicam técnicos e pesquisadores, no inverno, a densidade do ar e o fenômeno da inversão térmica dificultam a dispersão dos poluentes para as camadas mais altas da atmosfera, concentrando-os nas camadas mais baixas e agravando ainda mais os efeitos da poluição sobre o homem e o meio ambiente.

Considerando-se que o gás combustão que será jogado pelos canos de descargas dos veículos movidos com a mistura à base de metanol é outra incógnita científica, entendem os especialistas que é preciso cessar o uso da mistura antes do inverno, quando intensifica-se a concentração de poluentes nas camadas mais baixas do ar. Sobre o metanol, sabe-se que, isoladamente, sua combustão produz o formaldeído, que é cancerígeno, mas não se tem informações sobre sua ação com os demais componentes da mistura.

Diomedes lembrou que, também em função da crise de desabastecimento, a composição da gasolina foi alterada e o álcool anidro, que compõe a fórmula, foi reduzido de 22% para 12%, gerando um nível maior de dióxido de carbono (CO_2). Tal alteração só não ocorreu em São Paulo, devido a seu elevado índice de poluição. "Conforme recomenda vários documentos, inclusive o parecer do Ministério da Saúde quando à intenção do uso do metanol e o relatório do seminário que acabamos de realizar sobre "Desabastecimento do Álcool e os Riscos do Metanol", a antiga composição da gasolina, com 22% de álcool anidro, precisa ser restabelecida antes do inverno, para evitar uma concentração ainda maior de poluentes nas camadas mais baixas da atmosfera" — frisou o Presidente da Associação dos Engenheiros da Petrobrás.

Na opinião de Diomedes Cesário, a utilização da duvidosa mistura combustível (60% etanol, 33% metanol e 7% de gasolina) não soluciona a crise de desabastecimento de álcool, pois o problema é muito mais grave. "O Governo fez ouvidos de mercador aos alertas da Petrobrás, desde 1986, de que iria faltar álcool e continuou investindo e incentivando a produção de 90% de carros a álcool e 10% a gasolina. O Pró-Álcool, que seria um programa alternativo, acabou sendo mais um projeto megalomaníaco e consumou-se o que era previsto. Hoje enfrentamos um déficit de 1,3 milhões de litros de álcool, que não se soluciona facilmente".

— O problema é mais grave e envolve a definição de toda uma política para o setor de combustíveis. Só para se ter uma idéia, enquanto o País comprava, no início de fevereiro, cada barril de álcool entre 45 e 50 dólares no mercado internacional, deixávamos de consumir a gasolina que a Petrobrás refinava e a estatal era forçada a vender 100 barris/ dia lá fora, a 22 dólares o barril. Ou seja, no dia 22 de fevereiro, por exemplo, a empresa vendia para o mercado externo a gasolina pelo preço de NCz$ 3,96, o litro, enquanto o consumidor brasileiro pagava, pelo mesmo litro, nada menos de NCz$ 19,30, preço fixado conforme a planilha de responsabilidade do CNP (Conselho Nacional de Petróleo) e dos ministérios da área econômica, que inclui vários ítens, desde o chamado custo financeiro — a pretexto de compensar as distribuidoras da redução de 11 para oito dias no prazo de pagamento do combustível à Petrobrás —, até a chamada equalização de preços, destinada a subsidiar o óleo diesel, o querosene de avião, o próprio álcool e o bujão de gás, em relação ao qual, sabemos que 40% se destina às saunas, aquecimento de piscinas, fornos de padarias e outros setores. É claro que não estamos falando do subsídio ao gás que se destina ao abastecimento popular — frisa o presidente da Associação dos Engenheiros da Petrobrás.

O físico Luiz Pinguelli Rosa, Presidente da Sociedade Brasileira de Planejamento Energético e Professor da área de Energia da Coppe/ Universidade Federal do Rio de Janeiro, também considera que o problema decorre de uma política energética equivocada ou omissa, que deixou as montadoras produzirem quase unicamente carros novos a álcool, sem haver em contrapartida aumento de produção do combustível. A crise era previsível e foi agravada pela exportação do açúcar por usineiros do nordeste. O total de álcool que poderia ter sido produzido com a cana destinada ao açúcar exportado seria de 400 milhões de litros. Exatamente o total correspondente à importação do metanol para o Centro-Sul. O Governo nada fez concretamente e a Petrobrás tampouco manteve estoques de álcool para o caso de sua falta — acentuou o físico Luiz Pinguelli Rosa.

Comissão interministerial garante que fiscalizará postos de revenda

Coordenador da Comissão Interministerial recentemente formada para desenvolver as atividades de proteção à saúde pública e ao meio ambiente relacionadas ao uso do metanol em mistura combustível, o médico José Luís Riani Costa, representante do Ministério da Saúde, garante que a comissão vai buscar um acompanhamento permanente nos 60 postos da Grande São Paulo liberados para a distribuição experimental do produto. Docente da Unicamp (Universidade de Campinas), que assumiu no Ministério o cargo de especialista em políticas públicas e gestão governamental, Riani também considera que a experiência com metanol deve ser temporária, tendo como limite a entrada do inverno — quando intensifica-se a concentração de poluentes nas camadas mais baixas da atmosfera, devido à maior densidade do ar, resultante do fenômeno da inversão térmica.

Mesmo admitindo falta de recursos específicos para os projetos definidos pela comissão, Riani garantiu que, de imediato, os trabalhadores frentistas, mecânicos, operadores das distribuidoras e outros que tenham contato mais direto com o produto irão passar por uma avaliação médica prévia, antes da distribuição do novo produto. "Após o primeiro mês, nova avaliação será feita, através de exames que atestem a situação dos rins, fígado, sistema nervoso e olhos desses trabalhadores, objetivando afastar qualquer possibilidade comprometimento destes órgãos, a princípio mais sensíveis aos efeitos do metanol", afirmou ele.

Uma avaliação ambiental, principalmente quanto a ação dos vapores produzidos pela nova mistura combustível também terá que ser feita de imediato, segundo adiantou José Luís Riani, observando que nos dois casos — saúde do trabalhador e controle ambiental — a comissão deve contar com a estrutura dos órgãos estaduais como a Cetesb (Companhia de Tecnologia de Saneamento Ambiental de São Paulo) e a Secretaria de Saúde do Município e do Estado, além de outras instituições como a Fundacentro.

Com base na estrutura organizacional do antigo Governo, a comissão foi designada por portaria ministerial, dias após o Decreto 98.942, do então Presidente Sarney, publicado em 13 de fevereiro, que incumbiu o Ministro da Saúde de Coordenar as atividades de proteção à saúde pública e ao meio ambiente relacionada com o uso do metanol. A comissão foi então composta por representantes dos Ministérios da Saúde, das Minas e Energia, da Indústria e Comércio, do Interior e do Trabalho.

Segundo o coordenador José Luís Riani Costa, somente os Ministérios das Minas e Energia e da Indústria e Comércio manifestaram disponibilidade de algum recurso para os trablalhos a serem desenvolvidos. Os demais, inclusive o que represento — o da Saúde — necessitam de verbas adicionais para mais essa tarefa — concluiu.

Pesquisadores propõem monitoramento biológico para proteger a saúde

Orçado em NCz$ 75 milhões, nos primeiros dias de março, um projeto de monitoramento biológico foi entregue por um grupo de pesquisadores à comissão interministerial responsável pelas atividades de proteção à saúde pública e ao meio ambiente relacionadas à utilização da mistura combustível à base de metanol, imediatamente após sua constituição, ainda no Governo Sarney. Uma das grandes preocupações de seus autores, entretanto, é a de que o trabalho, fundamental para esclarecer uma série de questionamentos científicos, acabe não se concretizando, uma vez que não existe previsão de recursos para as tarefas atribuídas à comissão.

— As questões relacionadas com a equivocada decisão do uso da mistura combustível atropelaram todas as instituições e órgãos governamentais ou não envolvidos. Por decreto, o então Presidente Sarney atropelou o Ministério da Saúde, responsabilizando-o pelas atividades de proteção à saúde pública e ao meio ambiente, num prazo exíguo e sem qualquer previsão orçamentária específica. Fez o mesmo com o Ministério do Trabalho, ao fixar no decreto normas de segurança para o uso da tal mistura, quando os técnicos do próprio órgão ainda discutiam a questão e não tinham a clareza necessária para decisões a respeito do assunto. Como se não bastasse, autorizou a distribuição da mistura em 60 postos da Grande São Paulo, quando a própria Secretaria Estadual de Saúde ainda discutia o seu projeto e a Secretaria Municipal de Saúde da região sequer teve disponibilidade de tempo para realizar os exames médicos prévios dos frentistas e outros profissionais, conforme previam todos os entendimentos — denunciou Luiz Augusto Cassanha Galvão, Pesquisador do Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana (Cesteh), da Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

Luiz Augusto coordenou o projeto, elaborado conjuntamente pelo Cesteh e pesquisadores de outras instituições do Rio de Janeiro, São Paulo, Minas, Rio Grande do Sul e Bahia.

O projeto de monitoramento biológico, segundo o pesquisador do Cesteh, prevê um desenvolvimento em três etapas simultâneas. A primeira delas, a cargo do próprio Cesteh, se destina a definir os atuais padrões de exposição ao metanol existentes, uma vez que algumas indústrias já utilizam o produto, e relacionar os grupos de riscos reais. Tal controle, entre outros mecanismos, consistirá no exame de urina de trabalhadores que tenham algum tipo de contato com o produto ou com a mistura combustível (frentistas, entre outros).

A segunda etapa, que de acordo com a proposta estará a cargo do Instituto Adolpho Lutz, de São Paulo, consiste na instituição de um centro nacional de referência técnica para análise do metanol, a ser sediado no próprio instituto. Tal centro se destinará a padronizar uma metodologia de análise e fazer o controle de qualidade inter-laboratorial, tendo ainda a atribuição de realizar treinamento e supervisão de pessoal.

A terceira etapa, que estaria, conforme a proposta, sob a responsabilidade dos órgãos estaduais, prevê a coleta periódica de urina junto com uma avaliação clínica dos trabalhadores dos postos que já estejam distribuindo a mistura combustível. Tal monitoramento começaria por São Paulo, mas a proposição é que se estenda a outros estados, de modo a permitir um trabalho comparativo.

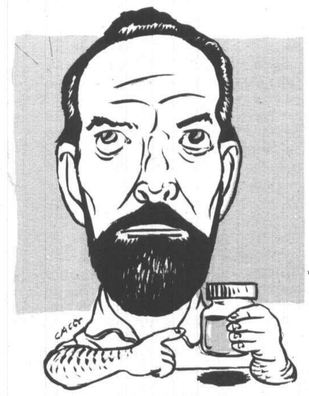
Caminhoneiros denunciam falta de segurança no transporte da mistura

— Estão fazendo os brasileiros de cobaias, utilizando uma mistura de combustível que não foi testada em parte nenhuma do mundo e as autoridades têm que ser devidamente responsabilizadas por qualquer problema que resulte dessa decisão. De qualquer forma, os caminhoneiros estão prontos a transportar metanol ou qualquer outro produto, desde que, no caso de substâncias perigosas como esta, nos seja dada certeza absoluta de segurança, com roupas impermeáveis, máscaras, luvas, botas especiais e outros equipamentos. Somos profissionais autônomos, donos dos veículos que dirigimos mas, nesse caso, não aceitamos arcar com as despesas decorrentes destes equipamentos, que consideramos indispensáveis e que custam em torno de NCz$ 800 a NCz$ 1 mil. O Governo que arque com este ônus.

A afirmação é de Nélio Botelho, Presidente do Sindicato dos Caminhoneiros do Rio de Janeiro e Espírito Santo, acentuando que, "fora destas condições, a categoria, por decisão de assembléia, não transporta metanol ou a mistura desta com outras substâncias".

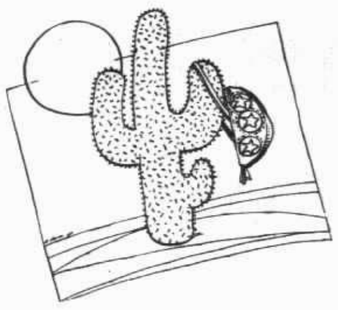
— O metanol nunca teve ligação direta com a população, o que agora ocorrerá invariavelmente, nem que seja apenas pela combustão despejada pelos canos de descarga dos veículos. Além disso, nas distribuidoras de álcool combustível, os carros tanques são carregados *manualmente* pelos caminhoneiros, que seguram as mangueiras de seus veículos, abrem e fecham a válvula dos mesmos, transportam o produto e o injetam com as mesmas mangueiras nos tanques dos postos. Se não bastasse a aspiração permanente a que estamos sujeitos, não raramente há entupimentos nas mangueiras, o que já tornou corriqueiro o banho de gasolina, álcool ou do diesel que manuseamos. E se isso acontece com a mistura à base de metanol? Alguém sabe responder qual será o efeito? questiona o sindicalista.

O Presidente do Sindicato dos Caminhoneiros atribui a chamada crise de desabastecimento do álcool "ao caos e à desordem econômica generalizada a que o Governo conseguiu levar o Brasil e diz que, num País que depende quase 100% de energia automotiva, é inadmissível que o Governo não tenha levado a sério os reiterados alertas que lhe foram feitos neste sentido e que o CNP (Conselho Nacional de Petróleo) tenha fugido completamente de suas atribuições". E diz mais:



Nélio Botelho

— Quem boicotou o Pró-Alcool, um projeto extraordinário, deveria estar na cadeia. Todo mundo sabe como é fácil o cultivo da cana-de-açúcar e tem conhecimento de que não existem segredos para a destilação do álcool, com baixo custo e mão-de-obra farta. Todo mundo sabe que muita gente foi beneficiada, principalmente os usineiros, para viabilizar o Pró-Álcool e o dinheiro acabou, entre outras coisas sendo utilizado para exportar açúcar e acumular mais e mais lucros. Todo mundo também sabe que se o Governo combater os cartéis e incentivar a criação de cooperativas — principalmente no Nordeste — para o plantio da cana-de-açúcar e a destilação do álcool, a coisa muda. Só para se ter uma idéia, o álcool consumido hoje em Porto Velho e Rondônia é destilado em Paulínea (SP), e quem paga por isso, logicamente, é o consumidor.



Técnicos formam "pool" para assessorar processo de municipalização no nordeste

Uma rede de Núcleos de Estudo em Saúde Coletiva (Nescs) deverá ser formada no Nordeste, com o objetivo de prestar assessoramento e consultoria para a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) na região — especialmente quanto à distribuição dos serviços —, formar e capacitar mão-de-obra e desenvolver projetos comuns de investigação das causas e alternativas de superação do crítico quadro de saúde vivido pela população do Nordeste. A rede terá uma secretaria executiva coordenada pelo Núcleo de Ciência e Tecnologia em Saúde Coletiva da Bahia.

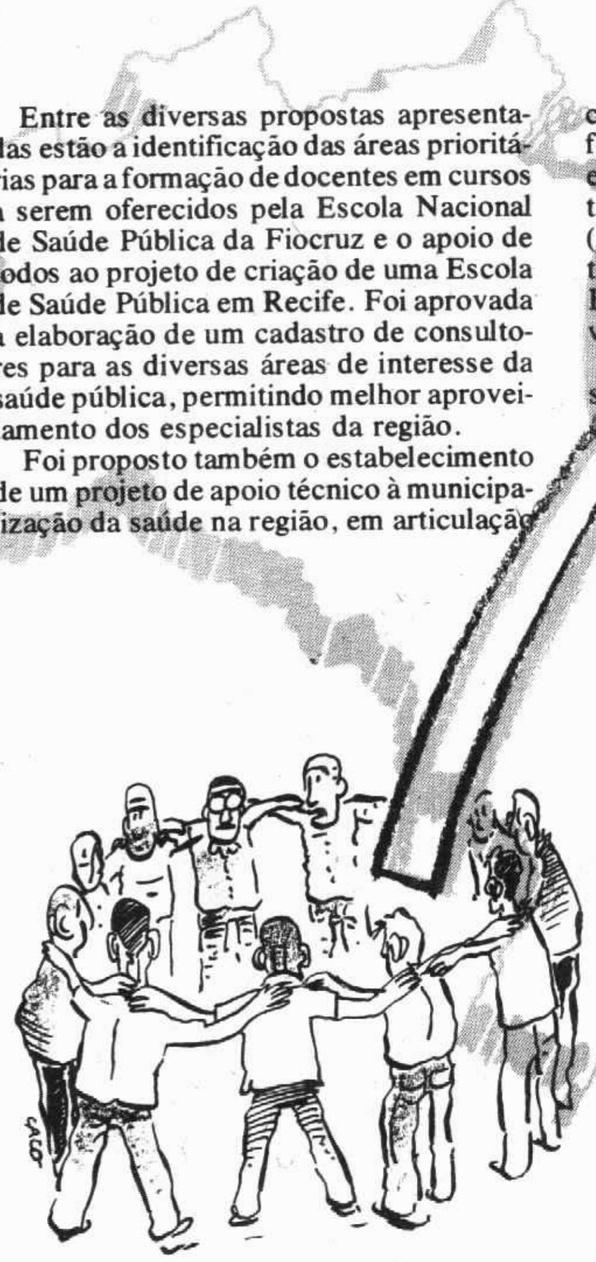
Esta foi a principal deliberação do encontro dos Nescs da região, realizado em Salvador de 12 a 15 de fevereiro. Participaram representantes dos núcleos de Pernambuco, Rio Grande do Norte, Ceará; Bahia e Paraíba, além de alguns integrantes das diretorias de planejamento e recursos humanos das secretarias de saúde de Alagoas, Pernambuco, Rio Grande do Norte, Paraíba e Ceará.

"No momento precisamos estruturar e consolidar esta semente que os núcleos representam", disse o representante da Bahia e coordenador do encontro, o epidemiologista Sebastião Loureiro, expressando um consenso entre os demais participantes. "Temos que desenvolver um processo de capacitação maior, superar dificuldades de comunicação, buscar nossa maior profissionalização. E o caminho é a nossa integração e complementação nas áreas em que alguns núcleos têm maior especialização", disse ele.

Entre as diversas propostas apresentadas estão a identificação das áreas prioritárias para a formação de docentes em cursos a serem oferecidos pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz e o apoio de todos ao projeto de criação de uma Escola de Saúde Pública em Recife. Foi aprovada a elaboração de um cadastro de consultores para as diversas áreas de interesse da saúde pública, permitindo melhor aproveitamento dos especialistas da região.

Foi proposto também o estabelecimento de um projeto de apoio técnico à municipalização da saúde na região, em articulação com o Ministério da Saúde, que poderia ser financiado pelo Projeto Nordeste. Núcleos e secretarias de saúde deverão buscar, juntos, financiamento de fontes como a Ciplan (Comissão Interministerial de Planejamento), MEC, Projeto Nordeste e Fundação Banco do Brasil, para projetos de desenvolvimento institucional e de investigação.

Para a formação da rede dos Nescs, eles se dedicarão, este ano, a um projeto de desenvolvimento institucional que inclui a capacitação dos profissionais de cada núcleo, a troca e sistematização de experiências e o acompanhamento da introdução de alguns conceitos fundamentais ao funcionamento do Sistema Único de Saúde.



Ao comentar a proposta de criação da rede, Sebastião Loureiro assegurou que não existe intenção de estabelecer um processo segregacionista dentro de um movimento maior de núcleos e instituições de todo o País. "A proposta surge exatamente em função da fragilidade no desenvolvimento dos nossos núcleos, de nossas características regionais e para melhor nos articularmos com o resto do País", concluiu.

Reunidos pela quarta vez nos últimos anos, os núcleos de saúde coletiva do Nordeste dedicaram parte do tempo do encontro para a avaliação de suas formas de funcionamento e vinculação institucional, as relações e atividades conjuntas com as secretarias de saúde e as alternativas de financiamento para seus programas. Foi discutida também a importância dos núcleos no processo de municipalização da saúde.

Já funcionam núcleos de saúde em seis estados do nordeste: Ceará, Alagoas, Rio Grande do Norte, Paraíba, Bahia e Pernambuco. Eles já prestam assessoria e acompanham de perto vários processos de municipalização da saúde em seus estados, incluindo a participação na elaboração de leis orgânicas municipais.

Proposta inclui criação de escola regional de saúde pública em Recife

Em Pernambuco, o Nesc se originou nos cursos descentralizados de saúde pública em 1986, foi formalizado como núcleo em dezembro de 1987 e institucionalmente está ligado à Fundação Oswaldo Cruz. Além de manter os cursos básicos de saúde pública, o Nesc-PE vai reforçar, este ano, a pesquisa científica voltada para a saúde pública do Nordeste e aumentar a cooperação técnica com os serviços públicos a nível estadual e municipal, especialmente com Olinda e Caruaru. Mas o principal projeto a ser implementado é a criação em Recife de uma Escola Regional de Saúde Pública.

O desenvolvimento institucional do núcleo nesta direção é apoiado pela Secretaria Estadual de Saúde e pela Fundação Sesp que, através de convênio, destinaram uma área física para a escola nas dependências do Hospital Pedro II. O projeto representa, também, um anseio dos demais núcleos e já foi tema de um seminário, ano passado, com a presença de dezenas de instituições de saúde do País.

"Estamos convictos de que a criação desta escola atende tanto a necessidade de melhoria na prestação dos serviços, quanto a busca de conhecimento específico da complexa e calamitosa realidade da saúde no Nordeste", antecipa o coordenador do Nesc-PE, sanitarista José Luis Araújo. "Recife representa um eixo no Nordeste e já temos acúmulo de trabalho e uma base orçamentária mínima para dar início ao projeto".

"A Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp) da Fiocruz, lendo e interpretando a Constituição e a Lei do Sistema Único de Saúde (SUS), já aprovada em diversas instâncias do Legislativo, entende que o SUS brasileiro é coordenado pelo Ministério da Saúde e se desdobra em sistemas regionais. Por isso, estamos adotando a política de intensificar o programa de descentralização do ensino de saúde pública. Vamos, assim, reforçar os núcleos de estudo em saúde coletiva (Nescs) na mesma linha da Constituição, através de consórcios entre as secretarias de saúde, o Ministério da Saúde e a Ensp".

Paulo Buss

A explicação é do Diretor da Ensp, Paulo Marchiori Buss. Sempre que houver demanda, serão implantados cursos descentralizados, acrescenta o diretor da unidade da Fiocruz, "onde eles já existirem, vamos incentivar a criação de núcleos e onde estes já estiverem consolidados, apoiaremos o início de cursos de mestrado e, depois, a criação de escolas de saúde pública".

Desta maneira, a Ensp poderá ser liberada do papel que vinha tendo de titular os profissionais que atuam nas diversas regiões do País, o que passará a ser feito pelos próprios núcleos regionais. "O que faremos é dar suporte a esse processo", explica Paulo Buss.

A Ensp quer estabelecer também um trabalho conjunto com os núcleos para buscar recursos financeiros em agências nacionais e internacionais. "Poderemos desenvolver, assim, um ambicioso programa de desenvolvimento institucional, equipando os núcleos e assegurando bolsas de estudo para seus profissionais", prevê Paulo Buss.

Encontro acopla documento do Ministério à crítica realidade nordestina

Os representantes de núcleos de saúde coletiva e das secretarias estaduais de saúde do Nordeste analisaram, discutiram e revisaram, durante o encontro de Salvador, o documento "Modelos Assistenciais no Sistema Único de Saúde". Com base no conhecimento da realidade específica do Nordeste, em suas investigações teóricas e, principalmente, no exercício prático de gestão e tentativas de transformação no sistema de saúde da região, os participantes contribuíram questionando e reformulando alguns conceitos e sugerindo supressões e acréscimos no texto, para torná-lo mais aplicável ao conjunto de regiões do País.

O documento foi elaborado pela Secretaria de Organização das Unidades do Sistema Unificado de Saúde (Sesus), vinculada à Secretaria Geral do Ministério. A distribuição de seus cinco mil exemplares será feita entre as entidades civis e instituições do setor saúde, núcleos de saúde coletiva e todas as secretarias estaduais e municipais de saúde. Ele poderá ser solicitado também junto à Sesus ou ao Centro de Documentação do Ministério da Saúde.

Segundo a coordenadora da Sesus, Ana Maria Costa, o texto é resultado de 11 meses de levantamento das formulações mais consagradas sobre a organização dos sistemas sanitários e a discussão de casos específicos como os dos municípios de Penápolis (SP), Bauru (SP), Janduís (RN), Itapagipe (BA), Santo André (SP) e Ronda Alta (RS).

Divididos em grupos de discussão, os participantes debateram aspectos da implantação do sistema de saúde de interesse dos usuários, como os conceitos de "acesso e participação social". Para os integrantes dos Nescs é importante que o acesso à saúde, garantido pela Lei, não seja confundido com o padrão de utilização dos serviços. Mais do que a existência dos serviços, eles entendem que é necessário que o uso seja possibilitado à população através da oferta diversificada de especialidades e serviços, da ampla informação sobre as opções existentes e os direitos do usuário, da facilidade de transporte para chegar às unidades, do investimento para a melhoria dos recursos humanos e instalações, da existência de ambulâncias para remoções, de um bom atendimento por parte da recepção ou da enfermagem, da facilidade de informações e circulação dentro dos serviços.

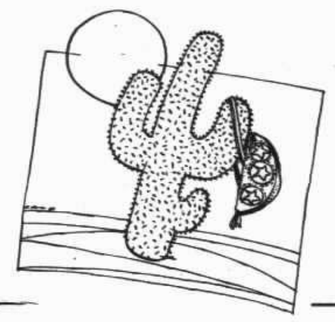
Quanto à participação social, alguns representantes de secretarias de saúde questionaram a legitimidade das representações da sociedade civil para deliberar sobre questões da gestão do sistema "que são de responsabilidade do poder executivo, legitimado pelo voto universal". Foi levantado ainda que nas formulações sobre o controle do sistema de saúde, de um modo geral, o papel fiscalizador das assembléias e câmaras legislativas é relegado a segundo plano em relação aos conselhos populares. A maioria dos participantes concluiu porém, que a desorganização social é fruto da falta de acesso e poder e que um dos fatores que organiza e garante a legitimidade das representações civis é justamente o exercício da participação por consulta ou deliberação nos espaços abertos ou conquistados na máquina estatal.

Ligada aos interesses dos profissionais do setor, houve uma grande discussão quanto à importância do investimento na formação de recursos humanos e melhoria de remuneração e condições de trabalho.

Muito se debateu também sobre o papel dos poderes estadual e municipal e sobre a abrangência dos distritos sanitários. A maioria dos participantes pregou a municipalização e distritalização gradual mas radical do sistema.

Numa avaliação final, os representantes dos estados consideraram que a publicação do documento do Ministério em final de mandato presidencial não invalida a sua importância, já que ele é coerente com o conjunto de estudos existentes sobre o tema da distritalização, e é resultado do trabalho e da contribuição de diferentes setores profissionais e regionais.

prático de gestão e tentativas de trans-



"Projeto nordeste" pode servir como base de apoio

O "Projeto Nordeste" é visto como a galinha dos ovos de ouro para investimentos em saúde nos estados da região. Unindo milhões de dólares do Banco Mundial a igual quantia, em contrapartida, do Governo brasileiro, o Projeto representa para a maioria dos estados envolvidos um repasse de verbas maior do que o recebido através dos convênios do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds). Enquanto as autoridades estaduais são acusadas de sequer conseguir gastar o que lhes é repassado, os Núcleos de Estudos em Saúde Coletiva (Nescs) ainda não encontraram uma forma de assegurar financiamento do Projeto Nordeste para seus cursos, assessorias e consultorias junto aos sistemas locais de saúde.

Segundo o economista e sanitarista Raimundo Pontes, um dos integrantes da equipe que coordena o Projeto em Brasília, não há mistérios, porém, nos objetivos e critérios do Projeto. "Ele foi criado, há três anos, para apoiar as ações de saúde no Nordeste rural, com o repasse de cerca de US$ 57 milhões do Banco Mundial e igual verba do Governo Federal, envolvendo os Estados do Piauí, Rio Grande do Norte, Bahia e norte de Minas Gerais", diz ele. "As obras incluem a construção, ampliação e aquisição de equipamentos de unidades da rede básica como postos, centros de saúde e unidades mistas. Com os recursos da contrapartida do Estado, onde podem ser computados os repasses do Suds, a aplicação pode ser feita também em manutenção da rede, aquisição de veículos, informática, recursos humanos e contratação de mão-de-obra".

Ele acrescenta que uma parte dos recursos do Projeto, gerenciada pela secretaria de planejamento do Ministério da Saúde, é destinada ao desenvolvimento institucional das secretarias de saúde, através de capacitação de pessoal, consultorias e estudos especiais. Este ano, a verba poderá ser aplicada também nas áreas de educação em saúde e comunicação social, através da compra de material, equipamentos e contratação de prestadores de serviço.

A previsão de aplicação dos recursos do Projeto Nordeste vai até 1992. Mas, segundo Raimundo Pontes, terá início este ano o Projeto Nordeste II, em que a parte do Banco Mundial chegará a US$ 280 milhões, para atender os estados da região não incluídos no programa anterior, além de novas áreas da Bahia. Além do Ministério da Saúde e do Banco Mundial, o acompanhamento da execução dos programas é feito por representantes do Projeto lotados em cada Estado.

PROPOSTA
Jornal da Reforma Sanitária

Nem sonho nem confusão

Hésio Cordeiro*

A dívida social que se pretendia resgatar com a transição democrática ganhou, no fim do governo Sarney, contornos dramáticos. Com a inflação acelerada corroendo salários, desorganizando preços, estimulando ganhos parasitários na ciranda financeira, a crise social parece irreversível. Para fortalecer este sentimento, colabora a atual situação dos serviços públicos — instrumento das políticas sociais — que deveriam atenuar as desigualdades e os efeitos perversos da crise econômica. Eles estão deteriorados. Não prestam serviços; quase deixando de ser públicos, ao atenderem a interesses privados cartoriais. É assim na educação, nos transportes urbanos, na habitação, na saúde. Mas o sentimento da irreversibilidade serve a determinados grupos. Vejamos o caso da saúde.

Nesta área, pretende-se arregimentar argumentos e evidências que desmontem e inviabilizem a unificação e a descentralização do sistema de saúde. Como se o sonho de um bom atendimento, com a prevenção, o tratamento e a recuperação de pacientes, numa rede de postos, ambulatórios, hospitais e serviços de emergência disponíveis 24 horas por dia fosse uma utopia. A descentralização e a municipalização da saúde voltam a ser ameaçadas como bode expiatório da crise.

Há pelo menos três tipos de crítica ao Sistema Unificado e Descentralizado (Suds) — etapa preparatória para o Sistema Único de Saúde (SUS) — que devem ser delimitadas e refutadas para garantir a correção de rumos. O primeiro atribui a uma falta de entendimento pessoal — entre os escritórios regionais do Inamps e as secretarias de saúde — a situação confusa e, até mesmo, de agravamento do mau funcionamento dos hospitais. Ora, não se tratam de idiossincrasias pessoais, como criticou Lucia Souto, da Federação das Associações de Moradores do Rio de Janeiro (Famerj), durante o Fórum "Saúde: o que falta para dar certo?", realizado recentemente na ABI. São projetos políticos distintos. De um lado, a Reforma Sanitária, colocada em prática pelas secretarias de saúde. De outro, o esforço de preservação das antigas estruturas federais, competindo por prestígio e poder com estados e municípios. O desencontro, portanto, não é de ordem psicológica, mas de visão de mundo.

E por que a crise no Rio de Janeiro é mais evidente? Ali, está plantada a maior rede de hospitais e postos de atendimento do Inamps. Para preservar a máquina administrativa intacta, os cargos de confiança a serem preenchidos por critérios clientelistas, a centralização anacrônica (lembrem-se da recente decisão de comprar equipamentos, feita pelo Ministério da Previdência Social, por valores três vezes acima do preço do mercado), é necessário demonstrar que o SUS é inviável.

Outro tipo de crítica, muito em voga em alguns quadros políticos "colloridos" e em certos segmentos das corporações médicas, é o do "açodamento" da implantação do Suds com a mera intenção de cumprir finalidades políticas no atendimento aos interesses dos governos estaduais. Tais críticas fazem-se esquecer de que, no período de 1985 a 1987, na Previdência Social, espandimos as Ações

Hésio Cordeiro

Integradas de Saúde (AIS) — programa iniciado em 1982 e que preparou a unificação — para cerca de 2.500 municípios, começando por fortalecer a capacidade técnica e gerencial das prefeituras na área da saúde.

A proposta da municipalização não é nova. Ela vem sendo discutida desde 1963 quando da III Conferência Nacional de Saúde, presidida pelo então Ministro da Saúde, Dr. Wilson Fadul. Desde lá até às AIS nada saiu do papel. Ao contrário, os governos militares centralizaram cada vez mais o aparelho previdenciário e o sistema de Saúde tornou-se cada vez mais privado, caótico e descoordenado, como sempre denunciou o saudoso sanitarista Carlos Gentile de Mello.

Por fim, a terceira classe da tipologia contrária ao Suds é o argumento da inexistência de isonomia salarial entre os profissionais de saúde federais, estaduais e municipais. Salários, horários e planos de carreira tão díspares e injustos impediram a unificação. Mas isto é o resultado da descoordenação, do sistema caótico, que não tem valorizado o profissional. Na área social, onde a qualidade do serviço depende mais do que em qualquer outro setor de pessoas bem treinadas e bem remuneradas, o gasto em recursos humanos é investimento. Portanto, será o Sistema Único de Saúde que fará reformulações profundas na política de recursos humanos no âmbito do próprio processo de unificação. A isonomia não é uma pré-condição, mas resultado. Este tipo de argumento tende a imobilizar as decisões para a transferência de pessoal e das unidades do Inamps e do Ministério da Saúde. Perpetua-se a centralização com um argumento sensível aos funcionários, mas de caráter corporativo, criando resistências institucionais ao SUS. Esquecem de dizer que os direitos adquiridos serão preservados na descentralização e que os funcionários, como um todo, devem ser valorizados pelas políticas sociais sem distinção, sejam eles federais, estaduais ou municipais.

Do sonho à confusão. Este enredo deve existir apenas na Marquês de Sapucaí. Na realidade, a população quer um sistema de saúde digno e que a atenção seja prestada com respeito e eficácia. Os profissionais de saúde conscientes sabem disso. E todos nós iremos cobrar do novo Governo a implantação definitiva do Sistema Único de Saúde.

**Hésio Cordeiro é Professor-Adjunto da área de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Uerj) e ex-Presidente do Inamps.*

QUINO